PAZIENTE/IMPUTATO: COGNOME		NOME	INIZ. 2° NOME
N. IDENTIFICAZIONE		N. CASO	
STRUTTURA		UNITA'	

AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE A HIV*

ISTRUZIONI: preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente

Le Informazioni riservate relative a HIV sono tutte quelle informazioni che indicano che una persona è stata sottoposta al test HIV o ha un'infezione da HIV o una malattia collegata a HIV/AIDS, oltre a ogni altra informazione che possa indicare che una persona è stata potenzialmente esposta a HIV.

Le leggi dello Stato di New York, eccezion fatta per determinate persone, permettono di comunicare le Informazioni riservate relative a HIV soltanto a persone che siano state autorizzate da voi stessi sottoscrivendo un'autorizzazione. L'elenco delle persone che possono avere accesso alle Informazioni riservate relative a HIV anche senza autorizzazione è disponibile.**

Firmando il presente modulo, autorizzate la comunicazione delle Informazioni riservate relative a HIV alle persone elencate nel modulo per le ragioni citate nel modulo stesso. Non siete costretti a firmare il modulo e, in ogni caso, potrete cambiare la vostra decisione in qualsiasi momento.

Nel caso in cui siate oggetto di discriminazione dovuta alla comunicazione di Informazioni riservate relative a HIV, contattate la Divisione diritti umani dello Stato di New York al n. (212) 961-8624 o la Commissione diritti umani della Città di New York al n. (212) 566-5493: entrambe le agenzie hanno la responsabilità di tutelare i vostri diritti.

NOME E INDIRIZZO DELLA PERSONA CHE PUO' COMUNICARE LE INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE A HIV	NOME E INDIRIZZO DELLA PERSONA A CUI POSSONO ESSERE COMUNICATE LE INFORMAZIONI RISERVATE RELATIVE A HIV
RAGIONE PER LA COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI RELATIVE A HIV	
ENTITA' O NATURA DELLE INFORMAZIONI DA COMUNICARE	
PERIODO DI TEMPO IN CUI E' AUTORIZZATA LA DIVULGAZIONE	
Da: _____	A: _____

Ho ricevuto risposta alle mie domande sul modulo. Sono consapevole che non sono costretto ad autorizzare la comunicazione di Informazioni relative a HIV e che posso cambiare la mia decisione in qualsiasi momento, ritirando il consenso dato, a meno che non siano già state intraprese azioni sulla base di esso.

(Firma del paziente/imputato)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente/imputato in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)

* Virus dell'immunodeficienza umana che provoca l'AIDS.

** Le norme federali sui documenti relativi a pazienti che fanno abuso di alcool e droghe (42 CFR Parte 2) potrebbero richiedere il vostro consenso o un'ordinanza di tribunale, anche se le leggi statali non lo richiedono.

Modulo approvato dallo Stato di New York corrispondente ai requisiti sul modulo di consenso a livello statale e federale (42 CFR Parte 2)